		RUBEOLE	TOXOPLASMOSE	HERPES	LISTERIOSE	SYPHILIS
mere		Eruption morbilliforme avec syndrome pseudo-grippal, fébricule, ADP sous-occipitales et cervicales post ou inapparente (10 %)	10 % des primo-infection st symptomatique (polyADP[Q] cervicales & occipitales, fièvre[Q], asthénie, exanthème[Q])		Fièvre isolée (20 %) ou associée à un sd pseudogrippal signes urinaires, bronchiques, GEA, sd pseudoappendiculaire Contractions utérines Puis dans un 2 tps : fièvre, diminution des MAF, acct prématuré, SFA	
embryopathie		Avortement spontané			∅ risque malformatif ni de foetopathie spécifique liée à l'infection	
	Cardio	CIA, CIV, coarctation de l'aorte				
	opht	cataracte, microphtalmie, rétinite		microphtalmie, choriorétinite		
	ORL	Surdité de perception par atteinte cochléaire				
	neuro	Microcéphalie	hydrocéphalie, microcéphalie, microcalcificat°	microcéphalie, hydranencéphalie, encéphalite, calcifications intracrâniennes		
foetopathie	dvt	Hypotrophie				mort foetale in utero, RCIU, accouchement prématuré
	opth			microphtalmie, choriorétinite		
	neuro			microcéphalie, hydranencéphalie, encéphalite, calcifications intracrâniennes		
	hémato	Purpura thrombopénique Anémie Adénopathies				
	gastro	Hépatosplénomégalie	hépatosplénomégalie,ictère			HSMG, anasarque foetoplacentaire
	dermato			érosions cutanées		
postnatal	dvt	Retard psycho-moteur	placentomégalie	Prématurité, hypotrophie foetale, avortements spontanés, défaillance polyviscérale → mortalité 70 %	FCS précoce ou tardive Mort foetale in utero[Q] SFA avec accouchement prématuré[Q++] **Forme précoce septicémique** : accouchement prématuré, détresse respiratoire, éruption cutanée, énanthème pharyngé, hépatosplénomégalie, ictère, CIVD, atteinte méningée **Forme tardive à type méningite** : trouble de la vigilance, tension de la fontanelle anterieure, convulsions, dysrégulation thermique	Septicémie néonatale grave d'évolution fatale Syndrome néphrotique
	Cardio	sténose artérielle pulmonaire	Epanchement pleural, péricardique,			
	opht	Choriorétinopathie	Choriorétinite[Q]	conjonctivite, kératoconjonctivite		
	ORL	Surdité				Surdité
	neuro	périencéphalite chronique (homme, 10 ans) microcéphalie	dilatation des ventricules cérébraux (hydrocéphalie)[Q], microcéphalie[Q]	Méningoencéphalite : mortalité immédiate 10 %, 40 % décès retardés / séquelles graves atteinte du SNC (convulsions) (50 %)		méningite
	endoc	Diabète Dysthyroïdie				
	Gastro		Ascite, HSMG			
	Dermato, os, …			Formes disséminées précoces (10 %) : exanthème vésiculeux (50 %)		ostéochondrite bilatérale des os longs des mbres sup, périostite, hydarthrose, lésions dentaires

diag	Sérologie mère	Ac apparaissent au moment de l'éruption (16 j)[Q], max à 3 sem → si contage < 16 j et sérologie + : indique **immunité ancienne**[Q+++] dc ∅ risque pour foetus[Q] Infection récente si IgM + tx élevés d'IgG Infection évolutive si séroconversion ou si ↑↑ IgG avec IgM + sur 2 sérologies à 3 sem d'intervalle ds le même labo avec les mêmes kits	Si IgG – et IgM – : ∅ immunité → suivi mensuel[Q++++] **Séroconversion = apparition des IgG et/ou IgM** Si IgG OU IgM + d'emblée → contrôle sérologie 3 sem + tard ds le même labo	Contamination d'origine génitale maternelle lors de l'accouchement **HSV2** Dc viro. : cultures cellulaires à partir du contenu des vésicules ponctionnées, produit de grattage des ulcérations **Sérodiagnostic**	Isolement de L. monocytogenes à partir d'**hémocultures**[Q+++], urocultures[Q], prélévement de l'endocol	TPHA-VDRL
	anténatal	Recherche IgM (et IgA) spécifique dans le sang foetal prélevé à partir de la 22e SA	mise en évidence du **génome** de T. gondii dans liq amniotique (amniocentèse) par PCR à partir de la 18e SA		Isolement de L. monocytogenes dans le liquide amniotique	
	postnatal	sérologie et culture virale (prélèvement gorge et urines) IgM et IgA spécifique sériques présentes jusqu'à 3 mois écho : recherche de malformations, foetopathie	Diagnostic parasitologique : inoculation à la souris du sang du cordon, de broyats trypsinisés de placenta Sérologie spécifique : IgM et IgA en ISAGA sur le sang périphérique, surveillance ts les 2 mois jusqu'à l'âge de 10 mois (absence d'infection si ∅ synthèse d'Ac spécifiques par enfant + élimination Ac maternels) FO : au 2e ou 3e jour de vie, recherchant des lésions de choriorétinite ETF recherchant des zones échogènes intracérébrales, une dilatation des ventricules cérébraux		isolement à partir du placenta, des frottis membranaires, méconium (80 %) liquide gastrique, sébum, pharynx 70 %, oreille, **LCR**, diagnostic périphérique	**PCR** au niveau du liquide amniotique, placenta, cordon ombilical Sérologie sur sang périphérique au 2e – 3e j de vie par FTA abs. (IgM) + TPHA ou méthode immuno-enzymologique (pour éviter les faux négatifs) Radio des os longs à la recherche d'une dystrophie métaphysaire Ponction lombaire.

		HEPATITE B	CMV	VIH
mere			Primo-infection : 10 % fébrile, 90 % asymptomatique Sd mononucléosique Transmission : sécrétions oropharyngées et urogénitales, transfusion de sg non déleucocytés, transmission materno-fœtale	
embryopathie		**Absence d'embryofoetopathie liée au HBV**		**∅ risque malformatif ni de foetopathie spécifique liée à l'infection**
	Cardio			
	opht			
	ORL			
	neuro			
foetopathie	dvt		hypotrophie	
	opth			
	neuro		microcéphalie, dilatation des ventricules latéraux	
	hémato			
	gastro		HM, anarsaque foeto placentaire	
	dermato			
postnatal	dvt	Risque élevé **d'infection chronique** de l'enfant lors de la transmission verticale mère-enfant **Hépatite chronique active** dans 60 % des cas qui se révèle au moment de l'adolescence ou de l'âge adulte	Retard de croissance, prématurité, 30 % de décès	
	Cardio			
	opht		Séquelles, choriorétinites	
	ORL		séquelles	
	neuro		microcéphalie, retard mental, calcifications intracérébrales	
	endoc			
	Gastro		Hépatosplénomégalie, anasarque	
	hémato		anémie, thrombopénie, pétéchies,	
diag	Sérologie mère	Dépistage systématique de **Ag Hbs** au 6ème mois de grossesse Si + : Sérologie maternelle complète (Ag Hbe, Ac anti-Hbe, Ac anti-HBc de type IgG et IgM), ADN viral, Transaminases		Détection du génome viral : PCR de l'ADN proviral intégré Ag P24 sérique Mise en évidence de la production d'anticorps anti VIH par les lymphocytes B circulants en ELISA ou Western-Blot Etude des **anticorps sériques**: IgA spécifiques, IgM spécifiques, IgG (ms IgG maternelles passent chez le NN → « séropositivité » durant 12 ~ 18 mois même si non infecté)
	anténatal		isolement du virus dans le liq amniotique (cultures rapides, biomol)	IMPOSSIBLE
	postnatal	Sérologie : Ag HBs à J15 (ou à J30 avant la 2e injection vaccinale) pour rechercher une infection congénitale. Un bilan (Ag HBs, Ac anti-HBs) à l'âge de 4 mois aux enfants nés de mères Ag HBe positif afin de renforcer la protection sérovaccinale si la concentration en Ac anti-HBs est < 100 mU/mL		Id.mère